

ANNEE 1970

THESE

N^o

94

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Michel DAHAN

Né le 26 décembre 1939 à ALGER (ALGERIE)

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS DE
LITHOPEDIONS

Président : M. Robert MERGER, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550210_0010

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Michel DAHAN

Né le 26 décembre 1939 à ALGER (ALGERIE)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS DE
LITHOPEDIONS**

Président : M. Robert MERGER, Professeur

THÈSE

ANNÉE 1970

DOCTORAT EN MÉDECINE



A MA MERE, A MON PERE .

Je leur dois tout, leur vie toute de labeur et de loyauté
est pour moi le plus précieux des exemples.

Infiniment reconnaissant de tant de sacrifices consentis,
je leur dédie ce modeste travail, bien faible témoignage
d'une tendre et profonde affection.

A MA SOEUR ET MON FRERE.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS, en particulier à

Jacques COVIGNOUX

Robert VIAL

Colette MOUSSE

Marie-Joseph PHILIPPON

A MESSIEURS LES INTERNES DE L'HOPITAL DE TULLE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur MERGER

Professeur de clinique obstétricale

Gynécologue accoucheur du Centre Hospitalier Universitaire
de Saint-Antoine

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre gratitude
et de notre profond respect.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur MINIER
Professeur de clinique obstétricale
Gynécologue adjoint au Centre Hospitalier Universitaire
de Saint-Amand

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici la reconnaissance de notre gratitude
et de notre profond respect.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX DE PARIS.

A MESSIEURS LES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE L'HOPITAL DE TULLE,
en particulier

A Monsieur le Docteur DEPAILLAT

Il nous a fait part de son vaste savoir et de son expérience.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre reconnaissance
et de notre profonde considération.

A Monsieur le Docteur LOMBARD

Il nous a guidé durant notre première année d'internat.

Qu'il soit assuré de nos vifs remerciements et de notre respectueuse
gratitude.

A Monsieur le Docteur LACOSTE

Il nous a inspiré ce travail et nous a aidé dans son élaboration,
nous accueillant avec une bienveillance et une gentillesse tou-
jours égales.

Nous le prions d'agréer ici nos hommages respectueux et nos
remerciements, et de croire à notre profond dévouement.

PLAN

- I - AVANT PROPOS
- II - HISTORIQUE
- III - OBSERVATIONS
- IV - ETIOLOGIE - PATHOGENIE
- V - ANATOMIE PATHOLOGIQUE
- VI - OBSERVATION I
- VII - OBSERVATION II
- VIII - DIAGNOSTIC
- IX - COMPLICATIONS
- X - TRAITEMENT
- XI - CONCLUSIONS
- XII - BIBLIOGRAPHIE

AVANT-PROPOS

Monsieur le Docteur LACOSTE, chef du service de clinique générale de l'Hôpital de Tulle où nous sommes interne, nous fît récemment part de deux cas de lithopédions, observés durant sa carrière. Notre curiosité ainsi sollicitée, nous eûmes à cœur d'approfondir ce sujet.

Nous fîmes les constatations suivantes que nous voudrions souligner d'emblée :

1°/ - Le lithopédion est un phénomène rare, presque exclusivement rencontré lors d'une grossesse ectopique.

2°/ - Le lithopédion après grossesse intra-utérine est exceptionnel et de ce fait, souvent nié. Il est cependant possible. Nous en rapporterons un cas dans notre observation I = il s'agit d'un lithopédion in utéro retenu pendant 40 ans

3°/ - D'une part les chirurgiens devenus heureusement plus interventionnistes que par le passé devant ces phénomènes de rétentions prolongées et d'autre part grâce aux progrès des méthodes d'investigation en médecine, le lithopédion ne devra plus s'observer que dans les pays sous-médicalement développés.

Il nous a paru intéressant, dans ces conditions, de relater ces deux observations et de les compléter par certains faits analogues que nous avons pu recueillir.

HISTORIQUE

C'est en 1586 que l'on a parlé, pour la première fois, du lithopédion. ALBCSIUS en fait mention dans le *Gynaeciorium* (3).

Mais il faut attendre la fin du XVIII^e siècle pour en trouver la première observation ; elle émane d'un auteur allemand ; SCHLEGEL, de Leipzig, en 1784 (4).

Les premières observations françaises n'ont été publiées qu'à la fin du siècle dernier et il semble que la première en date soit celle d'OETTINGER, en 1833, dans le *Bulletin de la Société Anatomique de Paris* (5).

Depuis cette époque, quelques cas isolés sont signalés, de loin en loin, dans la littérature médicale par des auteurs qui les considèrent comme des accidents pathologiques d'une extrême rareté.

OBSERVATIONS

OBSERVATION : (Rapportée par J. W. VANDER VEER et Charles Mc CABE)

Mrs. M. G. R. décédée le 30 septembre 1909, à l'âge de 65 ans, d'une lésion organique du coeur, avait été enceinte en août 1874 : elle attendait l'accouchement vers mai ou juin 1875.

Dans la semaine où elle devait être à terme, elle souffrit de douleurs de travail d'une manière parfaitement normale et fit appeler son médecin de famille ; celui-ci attendit toute une nuit tandis que les douleurs continuaient, mais il n'y eut aucune présentation et le praticien ne réussit pas à élargir le col autant qu'il l'aurait fallu.

Le lendemain matin les douleurs cessèrent et depuis lors Mrs. M. G. R. ne souffrit plus d'une manière appréciable jusqu'à ses dernières années ; elle supposa donc qu'il s'était agi de douleurs autres que celles de l'enfantement.

Trois ans auparavant, Mrs. M. G. R. avait eu un enfant vivant et 3 ans plus tard, étant devenue enceinte à nouveau, elle accouche d'une fille, qui à l'époque de cette relation, avait 32 ans.

L'autopsie pratiquée révéla un lithopédion libre dans le côté gauche de la cavité abdominale : la trompe droite avait perdu son extrémité frangée et cette anomalie montre que la grossesse extra-utérine avait évolué près de l'ovaire.

Ce cas particulier semble être surtout intéressant par le fait que cette femme, qui porta un fœtus 35 ans dans sa cavité abdominale sans aucun symptôme anormal autre qu'une gêne occasionnelle, non seulement n'en souffrit pas, mais put accoucher d'un enfant né normalement 3 ans après.

OBSERVATION :(Rapportée par M. GUILLAUME LOUIS)

Il s'agit d'une femme de 40 ans, vue en 1920 pour "douleurs dans la région annexielle gauche".

Cette femme présentait depuis 4 mois un retard de règles, et l'examen physique permettait de conclure à l'existence d'une grossesse tubaire. L'intervention conseillée fut refusée.

La malade revint consulter en octobre 1924 pour troubles et douleurs persistants dans tout l'abdomen, elle avait revu ses règles mais à intervalles irréguliers de 4 ou même 6 mois.

L'abdomen était ballonné et la palpation dans la FIG était douloureuse ; à ce niveau, on sentait une masse dure, assez mobile, et le toucher indiquait que cette masse était mobilisable avec l'utérus ; sans tenir compte des premiers accidents qui s'étaient produits 4 ans auparavant, on pensa à une tumeur solide de l'ovaire et l'opération fut, cette fois, acceptée.

A l'ouverture du ventre on trouva, tout de suite, une masse dure, calcaire, lithopédion type ; il était en dehors des annexes et mollement adhérent à l'S iliaque et à l'épiploon.

OBSERVATION :(Rapportée par MICHEL et COTTALORDA)

La nommée A.A..., 57 ans, ménagère, espagnole, entre le 20 septembre 1922, à l'hôpital de Marseille ; elle rapporte les faits suivants :

A la suite d'un avortement survenu il y a 10 ans environ, les règles sont devenues douloureuses et abondantes. Depuis quelques temps, douleurs et ménorragie ont pris un tel caractère d'accuité qu'elles nécessitent une hospitalisation.

Mariée à 17 ans, la malade a eu 5 enfants, tous vivants et bien portants et l'avortement en question, intercalé entre le 1^{er} et le 2^e accouchement normal, s'est accompagné d'un ensemble symptomatique dramatique et de pertes très abondantes.

Les règles sont normales quant à la fréquence.

A l'examen, la palpation sent profondément une masse tumorale dont certaines parties plus superficielles sont nettement délimitées. Au toucher, le col est extrêmement induré, étalé transversalement.

Le toucher combiné au palper permet de délimiter un corps utérin, dur, paraissant se prolonger dans le cul-de-sac gauche et postérieur sous forme d'une masse d'une dureté de pierre. Tout l'ensemble est parfaitement mobile et cette mobilisation se transmet au col.

On pose le diagnostic de fibrome utérin.

A l'intervention on est surpris de trouver un lithopédion. La pièce enlevée représente un fœtus très probablement d'un âge assez avancé, replié sur lui-même et figé dans cette attitude par la calcification.

Les suites opératoires sont excellentes.

OBSERVATION : (Rapportée par M. VAUTRIN).

Madame Ch.... 43 ans vient consulter le 23 octobre 1919, elle semble présenter une grossesse de 2 mois environ. Le 25 décembre, des douleurs brusques dans le ventre se produisent sans vomissements, mais avec du hoquet, ventre météorisé et absence d'émission d'urine et de gaz.

Ces accidents péritonéaux durent une semaine sans pertes vaginales quelconques.

Les 1^{er} mouvements de l'enfant avaient été perçus avant cette période troublée. Ils continuèrent sans interruption, bien qu'un peu moins perceptibles dans la suite.

Le 18 janvier 1920 les règles paraissent, abondantes, jusqu'au 27 janvier, elles se renouvelèrent les 14 mars, 16 avril, 2 et 27 mai. Durant toute cette période, la malade garde le lit.

Fin mars, les mouvements de l'enfant avaient cessé et l'augmentation du volume du ventre s'était arrêtée. La situation resta dès lors stationnaire.

Madame Ch... revient le 18 juin, elle se plaint seulement de pesanteurs pelviennes pénibles et d'une fatigue extrême. Au toucher, on trouve un utérus de volume normal en anté-disposition et, en arrière de lui, un bassin encombré à droite et en haut par une tuméfaction globuleuse fixe faisant relief au-dessus du pubis. Au fond du Douglas, on perçoit à peu de distance du doigt des parties dures, irrégulières, ressemblant à s'y méprendre à une tête foetale ; l'examen n'est nullement douloureux. La coloration du vagin et du col est normale, d'où le diagnostic de grossesse ectopique rompue, avec le lithopédion.

La laparotomie montra un lithopédion dépendant de la trompe droite.

La guérison était complète à la 3e semaine.

OBSERVATIONS : (Rapportées par M. REILES).

Observation 1 = Secondipare de 31 ans. Comme antécédent = 1 avortement de 3 mois en janvier 1934, 5 jours après une appendicectomie. Dernières règles le 16 août 1934. Elle saigne abondamment, 6 semaines après les dernières règles ; bunérragie qui se prolonge, pendant 15 jours, par de légères pertes sanguinolentes. Admission le 15 janvier 1935, donc après une aménorrhée de 5 mois. Les signes subjectifs de grossesse manquent complètement, pas d'augmentation de volume de l'abdomen, pas de mouvements foetaux. A l'examen, on trouve un col long de 2 cm., fermé. Utérus taille 3 mois, en antéflexion, mobile. Bruits du coeur absents. Réaction de Bordet - Wassermann négative. Test biologique de grossesse négatif. Le 22 janvier, hystérotomie vaginale et évacuation de l'utérus par curetage. Il s'agit d'un oeuf très jeune de 6 semaines à 2 mois, retenu dans l'utérus pendant 3 mois après sa mort.

Observation 2 = Secondipare de 33 ans. Un accouchement normal en 1926 un avortement de 6 mois en 1932. Dernières règles fin juillet 1934. Admission le 15 janvier 1935 après une période d'aménorrhée de 5 mois 1/2. Douleurs dans le bas-ventre, depuis 15 jours ; pas de pertes. N'a jamais eu de signes subjectifs de grossesse, à part quelques vomissements au début de la période d'aménorrhée. A l'examen, on trouve un col très long, dont l'orifice externe est perméable au doigt et l'orifice interne fermé. Taille de l'utérus entre 3 et 4 mois. Wassermann négatif ; réactions biologiques de grossesses négatives. Le 22 janvier, hystérotomie vaginale et évacuation de l'utérus par curage. Foetus de 4 mois, momifié.

Observation 3 = Primipare de 40 ans qui présente dans ses antécédents un certain nombre d'interventions chirurgicales, à savoir : cure radicale d'hernie inguinale, en 1924, appendicectomie en 1927; réopération pour adhérences en 1928; néphropécie, en 1930 et 1931. La malade présente en outre une tuberculose pulmonaire fibreuse. Dernières règles, le 15 juillet 1934. Admission le 22 janvier 1935, avec une aménorrhée de 6 mois. Aucun signe subjectif de grossesse. A l'examen, on trouve un col long de 1 cm fermé. Utérus taille 4 mois. Bruits du coeur absents. Trois jours plus tard, installations de contractures utérines et expulsion spontanée d'un oeuf mort avec foetus momifié de 16 cm. La réponse du test lapine arrive le lendemain : il est négatif. De même le Wassermann de la femme est négatif.

Observation 4 = 10^e pare de 31 ans, 8 accouchements normaux à terme; 1 avortement de 5 mois. Dernières menstruations le 15 septembre 1934. Admission le 24 janvier 1935, après une période d'aménorrhée de 4 mois. Saigne légèrement, à intervalles irréguliers, depuis le début du mois de novembre. Le 24 janvier, hémorragie très forte avec installation de fortes douleurs, aboutissant à l'expulsion d'un foetus momifié de 9 cm. L'hémorragie continue et prend des allures tellement inquiétantes que le médecin adresse la femme d'urgence à la clinique. Après le curage digital, l'hémorragie s'arrête, mais la femme qui a perdu beaucoup de sang se trouve dans un état d'anémie assez prononcée et on est obligé de lui faire une injection IV d'un litre de sérum physiologique pour remonter son état général.

Il s'agit donc, indiscutablement, dans ces 4 observations, de rétentions d'oeufs morts dans la cavité utérine pendant un laps de temps plus ou moins long, variant dans ces cas particuliers de 1 à 3 mois.

Paul Delmas (2), rapporte un cas d'une rétention de 8 mois.

Ces observations témoignent donc de la possibilité de très longues rétentions intra-utérines. On conçoit que de plus longues rétentions peuvent aboutir à un lithopédion intra-utérin tel que nous en rapportons un cas dans notre observation 1.

Cependant les rétentions prolongées au-delà de 8 mois sont exceptionnelles et les observations de lithopédions intra-utérins d'une extrême rareté : citons celles de BASCH - Rétention de fragments d'os foetal dans un col utérin pendant 10 ans (29).

BROCQ P. et MARICOT R. - Radiographies d'un utérus contenant un oeuf complet de 2 mois, en rétention depuis 10 mois, sans autre symptôme qu'une aménorrhée datant d'un an (30).

EL - SHERBINI R. M. - Rétention d'un foetus de 8 mois in utéro pendant 2 ans 1/2 (31).

FAURE L. - Rétention d'oeuf mort anormalement prolongé (32).

ETIOLOGIE - PATHOGENIE

Le lithopédion est le produit de la calcification d'un foetus, retenu mort depuis de longues années.

Cette rétention peut-être obtenue au cours d'une grossesse extra-utérine, c'est-à-dire, lorsqu'au cours d'une gestation, l'oeuf se développe en dehors de la cavité utérine.

Or, l'interruption précoce de la grossesse constitue presque une évolution normale en matière de grossesse ectopique.

Elle résulte d'un fait, anatomique important : le décollement et la mort de l'oeuf par apoplexie ovulaire.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels que les grossesses ectopiques dépassent le 5e mois et peuvent arriver au terme ou près du terme. Cette éventualité est encore plus rare pour les grossesses tubaires (6).

Il s'agit très souvent de grossesses avec insertion placentaire au niveau de la zone mésosalpingienne.

L'évolution à terme est moins rare pour les autres localisations de grossesse ectopique, qu'il s'agisse de grossesse ovarienne (7), abdominale ou même tubo-abdominale, car dans ces cas l'évolution du foetus se poursuit dans de meilleures conditions.

Puisque la grossesse suit son cours sans aucun incident, rien ne fait penser, cliniquement, à une grossesse ectopique ; l'utérus augmente de volume, se vascularise, sa face intérieure se tapisse d'une caduque normale. Au terme, il se produit un faux travail : la caduque peut être expulsée avec des pertes de glaires et de sang.

Au bout d'un temps variable, de quelques heures à quelques jours, les douleurs disparaissent, le foetus meurt. Trop volumineux pour être résorbé, il devient un corps étranger de l'organisme maternel et la rétention totale succède à la grossesse.

La rétention peut être tolérée très longtemps, parfois indéfiniment, la femme oublie le faux travail, ses règles réapparaissent normalement. Deux ou trois mois après, elle ne souffre d'aucun trouble. On en a vu avoir jusqu'à 4 enfants vivants, avec un lithopédion (8-9).

Le plus souvent, la femme ne vient consulter qu'à l'occasion d'un accident produit par la rétention.

Dans certains cas exceptionnels de grossesse simple, intra-utérine, le foetus est retenu au-delà du terme. La grossesse est dite à tort, prolongée ; ce qui est prolongé, ce n'est point la grossesse, mais la rétention du foetus mort (10).

La rétention prolongée du foetus mort au décours d'une grossesse intra-utérine, est souvent mise en doute par les auteurs. Notre observation 1 montre qu'elle est possible et que, comme dans les grossesses ectopiques, elle peut aboutir à un lithopédion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lorsque le fœtus est retenu mort dans l'organisme maternel, il se produit, habituellement, des modifications importantes de l'œuf et du fœtus (11). Le liquide amniotique se résorbe, les enveloppes se rétractent, deviennent fibreuses et s'infiltrant de sels calcaires. C'est le premier stade de l'infiltration calcaire, celle qui n'intéresse que la paroi du sac : c'est le lithonelyphos de KYCHENMEISTER.

Le placenta qui conserve plus longtemps sa vitalité s'atrophie progressivement, les vaisseaux s'affaissent. Le fœtus subit alors des altérations variables suivant l'âge de la gestion (12) :

1°/ - Dissolution : Dans les deux premiers mois, l'embryon, pauvre en sels minéraux et riche en eaux, se dissout. Si la dissolution est complète, on ne trouve plus trace d'embryon, l'œuf est clair. Plus souvent à l'intérieur des membranes persiste, dans un liquide opalescent, un cordon filiforme terminé par un noyau blanchâtre.

2°/ - Momification : Pendant les 3e et 4e mois, le fœtus se dessèche. Les tissus se condensent, se réduisent, se durcissent. La peau prend une teinte terreuse et, devenue trop large, se plisse et se moule sur les os. Le liquide amniotique diminue, s'épaissit, se trouble, finalement il disparaît, ne laissant qu'un enduit blanc sur le fœtus ratatiné. Celui-ci subit les pressions de voisinage ; c'est ainsi que, dans les grossesses gémellaires, son congénère resté vivant, l'aplatit. Le placenta s'amincit et se durcit.

3°/ - Macération : (au-delà du 5e mois). Après le 3e jour de la mort, commence le soulèvement épidermique. Il siège d'abord aux pieds, aux

mallécles, au scrotum, aux membres inférieurs, à l'abdomen, puis gagne les membres supérieurs enfin, la face. Une sérosité décolle l'épiderme. Le sang s'hémolyse, le derme mis à nu s'infiltré d'hémoglobine et devient violacé (foetus sanguinolentus).

Les viscères subissent à leur tour la macération. Le foie devient friable et le cerveau diffluent ; les os du crâne se chevauchent, le cuir chevelu, trop large, forme de vastes plis. Le thorax s'affaisse, l'abdomen s'étale, tout le corps devient mou comme du caoutchouc. Du côté oculaire, la cornée rosit la première, puis les milieux transparents, enfin, vers le 12^e jour seulement, le cristallin.

Le placenta s'oedématie, devient grisâtre. Les membranes sont livides, le cordon est infiltré et rougeâtre, le liquide amniotique épais et de couleur brune. Les villosités sont altérées, mais moins que les tissus foetaux ; elles continuent à vivre un certain temps d'une vie propre.

Extrait un ou deux ans après, le foetus peut présenter l'aspect et la couleur du cadavre d'un enfant qui vient de mourir. Il faut qu'il soit retenu longtemps dans la cavité abdominale pour s'infiltrer de calcaire.

Il y a lithokélyphopédion quand la calcification intéresse le foetus, calcification qui le transforme peu à peu en un véritable bloc de pierre, le lithopédion (13) : les parties molles se sont alors entièrement résorbées. Le lithopédion s'enkyste, contracte des adhérences.

Avant d'envisager le diagnostic, les complications et le traitement, nous allons illustrer notre étude par les 2 observations qui ont inspiré ce travail.

- La première observation montre un cas exceptionnel de lithopédion retenu pendant 40 ans dans la cavité utérine.

- La deuxième observation montre un cas de lithopédion retenu pendant 21 ans après une grossesse ectopique. Elle souligne l'importance des complications infectieuses (nous y reviendrons).

Ces deux cas ont été observés par le Docteur LACOSTE. Nous les rapportons tels qu'il a eu l'obligeance de nous les relater.

OBSERVATION 1

"Le 15 mars 1947 je suis appelé par un de mes confrères, le Docteur GUILLE de TREIGNAC, auprès d'une femme âgée de 60 ans présentant une masse abdominale remontant presque jusqu'à l'apophyse xyphoïde, du volume approximatif d'une grossesse de 8 mois 1/2, car elle présente une poussée inflammatoire avec frissons et température à 40°.

Il s'agit d'une femme n'ayant jamais été mariée, n'ayant pas fait de fausses couches, et n'étant plus réglée depuis l'âge de 20 ans.

A cet âge soit en 1907, elle avait consulté un chirurgien de TULLE, le Docteur ALFRED de CHAMMARD, pour une tumeur abdominale, sur laquelle avait été porté le diagnostic de kyste de l'ovaire.

L'opération proposée avait été refusée et la tumeur avait augmenté progressivement de volume pour se stabiliser à la grosseur actuelle.

Evidemment, cet interrogatoire avait été difficile et beaucoup de précisions utiles ne me furent pas données.

Nous fîmes le diagnostic, le médecin traitant et moi, de kyste de l'ovaire volumineux, quoique la tumeur était relativement dure, non rénitente et infectée brutalement, alors qu'elle avait été très bien supportée jusque là, et nous décidâmes la malade à se faire opérer, ce qui fut fait d'urgence à l'Hôpital de TULLE.

"Compte rendu opératoire : médiane sous-ombilicale, sous anesthésie à l'éther à l'ombredanne agrandie au-dessus de l'ombilic, car on s'aperçoit dès l'incision du péritoine, qu'il ne s'agissait pas d'un kyste de l'ovaire, mais d'un énorme utérus paraissant être fibromateux.

Hystérectomie subtotale relativement facile.

Mais à l'ouverture de la pièce, découverte d'un foetus momifié, crétaqué, un peu plus petit qu'un foetus à terme, mais parfaitement bien conservé ; le sexe ayant pu être reconnu : un garçon. Longueur environ 27 cm.

Malheureusement, je n'ai pas pensé à conserver ce foetus dans de l'alcool.

Il n'y avait pas de Placenta.

Il n'a pas été possible, en interrogeant rétrospectivement la malade, de niveau intellectuel très moyen, de préciser si, en 1907, elle avait senti remuer le foetus et si un médecin aurait pu faire le diagnostic de grossesse.

Suites opératoires très normales sous couverture antibiotique (pénicilline). Une transfusion de sang isogroupe a été pratiquée.

La malade quitte l'Hôpital au bout de trois semaines et je n'ai eu aucune nouvelle ultérieurement.

OBSERVATION II

"Le 23 avril 1960, je suis appelé par mon confrère, le Docteur CHAMBRON, d'UZERCHE, auprès de Madame B. pour un syndrome infectieux grave, avec hyperthermie à 40° et rétention d'urine.

Dans ce cas, le diagnostic de lithopédion avait été fait et précisé indiscutablement par des radios faites en 1953.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Madame B. après 10 ans de mariage, alors qu'elle était âgée de 32 ans, voit ses règles s'arrêter en juin 1938. Le diagnostic de grossesse est vite porté (troubles sympathiques, augmentation de volume de l'abdomen, mouvements fœtaux).

A signaler qu'il s'agissait d'une première grossesse, sans même une fausse-couche.

Au début de la grossesse, qui ne fut absolument pas douloureuse, elle perdait du sang, légèrement noirâtre.

Madame B. devait accoucher, théoriquement, le 16 avril 1939. Ce jour là, elle a des douleurs très violentes dans l'abdomen, ne ressemblant cependant pas à des contractions. Son médecin, le Docteur RIXON, de LUBERSAC, avait prévu un accouchement difficile pouvant peut-être nécessiter une césarienne, car présentation très haute, mais céphalique.

Le 17 avril, les douleurs cessent complètement, sans jamais réapparaître.

Un autre médecin appelé a constaté l'absence de bruit du coeur, mais a pensé que l'accouchement allait se faire spontanément. Il n'a plus été question de césarienne devant la mort fœtale.

On a donc attendu. Deux mois après, Madame B. a eu ses règles tout à fait normales et cela jusqu'à l'intervention du 23 avril 1960. Le volume de l'abdomen a légèrement diminué, mais les médecins consultés ont décidé d'attendre.

Sur ces entrefaits, la guerre est arrivée, les confrères ont été mobilisés et on a continué à attendre.

Madame B. a consulté plusieurs chirurgiens de la région, des radios ont été faites et seul le Docteur ROUGIER, de CAHORS, a pensé qu'il faudrait intervenir.

A noter qu'en 1942, la malade a été opérée d'une hernie ombilicale étranglée ; le chirurgien a constaté une masse abdominale à laquelle il ne fut pas touché, et ne fut même exploré.

Devant les accidents infectieux sévères évoluant depuis trois jours, quand j'ai vu cette malade, j'ai décidé d'intervenir, pensant me trouver devant le même cas que la malade précédente.

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Constantes normales.

Groupe Rh + Transfusion per-opératoire de sang conservé.

Médiane sous-ombilicale d'emblée agrandie vers le haut, sous anesthésie en circuit fermé au protoxine, prémédication habituelle, Départ au penthotal (Mademoiselle GIROZ).

La lésion ne se présente absolument pas comme dans l'observation précédente, et on a du mal à se repérer. Cependant, après avoir incisé avec précaution une poche constituée par une membrane assez fine, on peut extraire, très facilement, le fœtus momifié, crétaqué, très bien conservé, paraissant à terme, mais légèrement réduit. Sexe féminin et membres parfaitement conservés (comme d'ailleurs le prouvaient les radios). Pas de placenta. C'est alors qu'on s'aperçoit qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine, la poche protégeant de la masse intestinale.

On constate la présence d'un petit utérus, avec des annexes gauches, mais pas d'annexes droites.

Il n'est pas fait d'hystérectomie. Un drainage par MICKULITZ est placé.

Il sera enlevé le 8e jour. Très bonnes suites opératoires. La température tombe dès le lendemain.

Le foetus n'a pas été conservé, et malheureusement des photos prises par l'anesthésiste étaient très obscures et donc sans valeur.

J'ai revu cette malade au début d'octobre 1969. Depuis l'intervention elle n'a jamais eu de règles et bien entendu pas de grossesse (mais elle était alors âgée de 54 ans).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est aisé lorsque la femme vient consulter très tôt : l'interrogatoire fait connaître les particularités de la gestation, le faux travail, puis la disparition des troubles sympathiques, la régression du volume du ventre, les troubles de compression : varices, etc, etc... Deux mois après la réapparition des règles, le diagnostic est rendu plus délicat.

Si la rétention est plus ancienne et coïncide avec une nouvelle gestation, le diagnostic est alors impossible, l'observation rapportée par MICHEL e COTTALORDA (8), montre l'apparition de 4 gestations normales après la grossesse ectopique.

Le plus souvent, la femme vient consulter très tardivement et selon les cas, on conclura à :

- un kyste de l'ovaire (14),
- une tumeur solide de l'ovaire (15),
- un fibrome (18).

C'est l'intervention qui alors montrera l'erreur.

On voit donc l'importance de l'anamnèse.

C'est un interrogatoire serré, qui peut déceler un arrêt des règles, des signes de grossesse, un faux travail suivi après 2 ou 3 mois de la réapparition des règles.

Dans ces cas, la radiographie peut lever les doutes en révélant la présence du squelette foetal = signes radiologiques de la mort foetale.).

Le diagnostic devient beaucoup plus ardu quand le lithopédion se complique : il réalise alors les tableaux cliniques les plus variés et devant :

- une occlusion intestinale,
- une péritonite généralisée,
- des abcès fistulisés,

peut-on toujours penser à cette ethnologie ?

COMPLICATIONS

Dans certains cas, la rétention aseptique est parfaitement tolérée sans aucun accident pendant de longues années, c'est le cas du lithopédion dont l'observation est rapportée par J. W. VANDER VEER et CHARLES Mc. CABE, toléré pendant 35 ans, la femme mourant d'une affection intercurrente.

WILLIAMSON rapporte un cas toléré 52 ans.

Mais si quelquefois le kyste foetal est indéfiniment toléré, le plus souvent il détermine l'apparition de complications.

Il n'y a pas lieu d'insister sur les complications d'ordre mécanique communes à toutes les tumeurs abdominales :

- compression intestinale avec constipation opiniâtre,
- occlusion intestinale,
- compression vésicale avec troubles urinaires et même dystocie, en cas de grossesse ultérieure.

Plus intéressantes sont les complications infectieuses. Le kyste foetal adhérent à l'intestin s'infecte souvent secondairement.

Le foetus se putréfie et la poche suppurée, contenant des débris de foetus a tendance à s'évacuer au dehors. Généralement, l'ouverture se fait au milieu de signes généraux graves, dans l'intestin ou le rectum, plus rarement dans la vessie, le vagin ou même l'utérus. Parfois il tend à s'évacuer à travers la paroi abdominale, la fistule ainsi créée peut amener l'élimination du foetus sous forme de fragments osseux, pus, débris sphacelés et la guérison peut s'ensuivre.

Mais dans la plupart des cas, la fistule ne crée qu'un drainage insuffisant et si l'on n'intervient pas, il y a lieu de craindre l'apparition d'une septicémie à évolution lente.

Le kyste peut aussi se rompre dans la cavité péritonéale provoquant une péritonite aiguë à évolution rapidement mortelle.

Le kyste foetal peut encore être la source d'autres complications. En effet, l'une de nos observations montre un lithopédion datant de 30 ans parfaitement toléré et autour duquel s'était développée une tumeur maligne à laquelle la malade a rapidement succombé.

T R A I T E M E N T

Quelle conduite tenir en présence d'un cas de lithopédion ?

Est-il indiqué d'enlever un lithopédion ne déterminant aucun trouble dès qu'il est diagnostiqué ?

Certes, l'intervention expose à certains risques, l'ablation est habituellement laborieuse ; cependant, tous les auteurs sont d'accord de tenter l'ablation de tout lithopédion diagnostiqué, même s'il est bien toléré et n'occasionne aucun trouble. Les conséquences sont absolument imprévisibles : elles peuvent, par adhérence de l'intestin, provoquer des phénomènes d'occlusion, s'accompagner ensuite de phénomènes infectieux, surtout favoriser l'éclosion plus tardive de tumeurs malignes. Il est bien évident qu'il est préférable de ne pas attendre ces complications qui feraient courir à la malade un risque bien plus important et peut-être même irréparable.

L'intervention la plus rapide est la plus souhaitable, elle doit être aussi proche que possible de l'arrêt de la grossesse. Lorsque le kyste bombe dans le cul-de-sac postérieur, on a pu proposer et pratiquer son extirpation par incision du vagin (élytrotomie) (18) ; mais la laparotomie qui permet d'agir plus clairement, plus sûrement et plus complètement est le plus souvent l'intervention de choix (19-20).

CONCLUSIONS

1 - L'évolution à terme de la grossesse ectopique, ovarienne, abdominale ou même tubo-abdominale, est moins rare que dans la grossesse tubaire, l'insertion placentaire se faisant alors au niveau de la zone méso-salpingienne.

2 - La grossesse ectopique est opérée sitôt diagnostiquée. Quand elle évolue vers la rétention foetale, le foetus peut se transformer en lithopédion. Cette éventualité est très rare.

3 - Le diagnostic de cette complication, facile lorsque l'antécédence est connue, peut-être très difficile, même impossible, avant l'intervention.

4 - Le lithopédion est habituellement bien toléré par l'organisme, mais il peut provoquer, tôt ou tard des complications mécaniques, infectieuses et surtout de dégénérescence, qui peuvent mettre en danger la vie de la malade.

5 - Reliquat d'une grossesse extra-utérine menée jusqu'au terme, le lithopédion doit être opéré dans les plus brefs délais.

6 - Une grossesse intra-utérine peut donner lieu à une rétention prolongée d'un foetus mort qui peut subir une calcification et se transformer en lithopédion.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

R. MERGER

G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1 - REILES. -

Réflexions sur quelques cas de rétention d'oeuf mort dans la cavité utérine.

(Bul. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris 1935, 246-249).

2 - DELMAS Paul et J. CADERAS de KERLEAU. -

Rétention prolongée d'un oeuf mort

(Bul. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris 1938, 566-567).

3 - ALBOSIUS. -

Lithopoe du Senoneusis icon cujus historia et exercitatio problematica de istius indurationis causis in extremo Commentariorum Cordei in Hippocr., habetur.

(in gynaeciorum, etc., 8 Basileac, 1586, II, 565).

4 - SCHLEGEL. -

Von einem lithopédion (N. Mag. F. Aertze. Leipzig. 1874, VI, 349).

5 - OETTINGER. -

Grossesse extra-utérine remontant à 15 ans. Foetus calcifié.

(Bul. Soc. Anat. Paris, 1883. LVIII - 286-288).

6 - FOLET. -

Bul. Ac. de Medec. Mars 1895.

7 - DELAGENIERE. -

Un lithopédion provenant de l'ovaire gauche.

(Arch. Méd. d'Angers, 1902, VI, 376).

8 - MICHEL ET COTTALORGA. -

Lithopédion toléré pendant 10 ans.

(Mars. Méd. 1922. LIX, 1083-1085.).

9 - LETOUX. -

Gaz. Méd. de Nante, n° 27, 1911.

10 - RIBEMONT, DESSAIGNES et G. LEPAGE. -

Traité d'obstétrique, 1923.

11 - SIEGENBACK VAN HENKELON. -

Un enfant putréfié.

(Univ. Leide. Rev. de trav. Anat. Path. du Lab. Boerhaeve, 1888-1898, Leide, 1899, I, 11 à 19).

12 - MERGER Robert, Jean LEVY, Jean MELCHIOR. -

Précis d'obstétrique, 1923.

13 - LETOUX. -

Description d'un lithopédion.

(Gaz. Méd. de Nantes, 1912, 2s, XXX, 7-9).

14 - FORT. -

Une négresse opérée pour une tumeur que l'on a cru être une tumeur ovarique et qui n'était en réalité qu'un lithopédion. Guérison.
(Bul. et Mém. Soc. de chir. de Paris, 1883, IX, 854).

15 - GUILLAUME LOUIS. -

Un cas de lithopédion.

(Bul. et Mém. Soc. Nat. de Chir. Paris, 1925, LI, 306).

16 - VANDER VEER J.W. et Charles Mc. CABE. -

A lithopedion 35 years old.

17 - AUVRAY. -

Cancer développé autour d'un lithopédion datant de 30 ans.
(Gyn. et Obst. Paris, 1924, IX, 346-350).

18 - TOUVENAIN. -

Lithopédion extrait par incision du cul-de-sac postérieure
(Rev. Obst. et Gyn. Paris, 1899, IX, 188-191).

19 - VANDERLINDEN. -

Un cas de lithopédion datant de 20 ans. Opération. Guérison.
(S. de Chir. et An. Soc. Belge de Chir. Bruxelles, 1902, II, 192-194).

20 - DUNET. -

Lithopédion d'un foetus à terme toléré pendant 30 ans.
(Lyon. Méd. 1923, CXXXII, 923-925).

21 - DJEMIL. -

Grossesse extra-utérine lithopédion datant de 3 ans. Laparotomie.
Guérison.
(An. Gyn. et Obst. Paris, 1894. XLII, 333).

22 - TARNIER. -

Sur un cas de lithopédion.
(Bul. Acad. de Méd. Paris, 1899. 2s, XXII, 57-59).

23 - POULAIN. -

Note sur un lithopédion.
(Bul. Soc. Anat. de Paris, 1900. LXXV, 498).

24 - SCHREHL. -

Rétention d'un lithopédion.
(Rev. Méd. de l'Est, Nancy, 1909? XKUn 80).

25 - VAUTRIN. -

Un cas de lithopédion.
(Bul. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 1920. IX 612-614).

26 - VILLARD, CHARIN et DUNET. -

Lithopédion d'un foetus toléré pendant 3 ans
Gyn. de Paris, 1923, XXII, 678-680).

27 - ELBAZ. -

Contribution à l'étude du lithopédion, Paris 1939.

28 - CAILLIER. -

Contribution à l'étude du lithopédion. Paris 1947.

29 - BASCH. -

Gynec. Obst. suppl., 1954, 6 n° 1, 10-11.

30 - BROCC P. et MARICOT R. -

Gynec. Obst. 1949. 1, n° 5, 495-497.

31 - EL - SHERBINI R. M. -

J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. juin 1963.
70 N° 3 514-516.

32 - FAVRE L. -

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., av-mai 1958, 10,
N° 2, 209-210.

